FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène-Marie-Louis DUCROT

Né le 12 Septembre 1896, à Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire)

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE RADIOLOGIE CENTRAL

ET DE LA

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

ESSAI

de

Détermination par les Rayons X

des

Facteurs qui concourent à réaliser la Ptose de l'Estomac

Président : M. GILBERT, *Professeur*

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1924

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE	Pathologie médicale
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
MM.	
OMBRÉDANNE ..	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE et

A MON PÈRE, LE DOCTEUR DUCROT

Témoignage de ma respectueuse affection.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Professeur GILBERT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur agrégé ROUVIÈRE, Chevalier de la Légion d'honneur, Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Paris

Avec nos hommages respectueux et le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur LEJARS, Hôpital Saint-Antoine.

M. le Professeur NOBECOURT, Hôpital des Enfants Malades.

M. le Professeur agrégé LENORMANT, Hôpital Saint-Louis.

M. le Professeur agrégé RATHERY, Hôpital Tenon.

M. le Docteur FREDET, Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur CATHALA, Hôpital Saint-Louis.

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse, nous tenons à adresser l'hommage de notre profonde gratitude à nos Maîtres des Hôpitaux et en particulier à M. le Profcsseur Gilbert qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer notre vive reconnaissance à Monsieur le Docteur Lucy, chef-adjoint du Laboratoire de Radiologie Central de l'Hôtel-Dieu et de la Clinique Médicale pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous aidant à recueillir les éléments de ce travail.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les examens radiologiques pratiqués dans toutes les maladies de l'estomac, ont permis de préciser beaucoup de points obscurs de la pathologie de cet organe.

De très nombreux auteurs se sont occupés de la question des ptoses gastriques. Le diagnostic des gastroptoses s'impose par l'examen aux rayons X : la chute de l'organe étant facile à mettre en évidence. Il nous a semblé que l'on pouvait demander plus de précisions, notamment chercher à déterminer par ce procédé d'exploration, la part des différents facteurs qui interviennent pour réaliser le tableau de la ptose de l'estomac.

Dans un récent article du Paris Médical 1924 le Professeur Carnot amorce la question et met en évidence la pathogénie des ptoses gastriques par les altérations de la motricité, de la mobilité, et de la tonicité de l'estomac. Nous nous proposons au cours de ce travail de déterminer, non plus au point de vue physiologique, mais au point de vue anatomique, les causes de la gastroptose.

Nous avons vu, au cours de nos recherches bibliographiques, que les auteurs étaient loin de s'entendre sur la définition du mot prose. C'est ainsi que Littré le définit : « Déplacement d'un viscère par suite du relâchement de ses moyens de fixité ». D'autres auteurs ne voient dans la ptose d'estomac que l'affaiblissement de la paroi abdominale, tandis que les anciens ne voyaient que la dilatation même de la musculature gastrique.

Pour notre part nous acceptons plus volontiers la définition de Colaneri dans sa thèse : « La ptose gastrique est une affection caractérisée anatomiquement par un déplacement vertical de l'estomac reconnu aux rayons X et contrôlé dans diverses positions. »

ÉTUDE ANATOMIQUE DES MOYENS DE FIXITÉ DE L'ESTOMAC DE SA MUSCULATURE ET DE LA SANGLE ABDOMINALE

Avant d'aborder le sujet qui nous occupe, nous avons jugé utile de rappeler les données anatomiques nécessaires pour expliquer le mécanisme de la chute de l'estomac. Nous étudierons successivement les moyens de fixité de l'estomac et de la première portion duodénale ; la musculature gastrique et abdominale.

I. *Fixité.* — En dehors de ses moyens de fixité par sa continuité avec l'œsophage d'une part, et le duodénum, d'autre part, l'estomac est maintenu en place par un

certain nombre de ligaments qui ne sont en somme que des replis péritonéaux :

1° L'épiploon gastro-hépatique, qui se continue sur la portion supérieure du duodénum, prenant le nom de ligament duodéno-hépatique, unissant ces deux organes au foie ;

2° Le ligament phréno-gastrique, qui attache la grosse tubérosité au diaphragme ;

3° Le ligament profond de l'estomac, qui suit l'artère coronnaire stomachique et se continue avec le péritoine de la paroi postérieure.

4° Le ligament gastro et duodéno-côlique, allant de la grande courbure et de la portion hépatique du duodénum au colon transverse ;

5° Le ligament gastro-splénique, joignant cet organe à la rate.

Il faut en plus ajouter la pression abdominale et le coussinet de la masse intestinale sous-jacente, ce dernier mode de soutien surtout important dans les cas où les pelotons adipeux péritonéaux viennent ajouter leur action de remplissage à celle des organes abdominaux

II. *Musculature gastrique.* — La musculature gastrique composée de fibres lisses disposées en faisceaux aplatis se répartit en trois couches :

a) La première ou longitudinale externe, composée de fibres émanées en grande partie de la couche longitudinale de l'œsophage s'irradie sur les deux faces de l'estomac dans le sens de son grand axe. Elle se condense en deux points pour former la cravate de Suisse, épais et long faisceau allant du cardia au pylore le long de la petite courbure et les ligaments du pylore ou

d'Helvétius en partie musculaires en partie élastiques courant sur le milieu des deux faces de la petite tubérosité ;

b) La seconde ou circulaire prolongeant celle de l'œsophage perpendiculaire au grand axe de l'estomac va en s'épaississant de la grosse tubérosité au pylore ;

c) La couche longitudinale interne composée de fibres décrites sous le nom de fibres obliques ou paraboliques s'irradie en éventail du cardia à la grande courbure de l'estomac.

III. *Musculature abdominale.* — La sangle abdominale est réalisée par les quatre muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen ; grand et petit oblique, transverse et grand droit, qui par leurs contractions rétrécissent la cavité abdominale dans le sens vertical et antéro-postérieur.

Cette étude anatomique nous montre que :

Trois facteurs principaux concourent à réaliser l'abaissement du bas-fond gastrique

1° La déficience de la musculature abdominale qui crée cette catégorie de malades dénommés « les dessanglés du ventre » selon l'expression heureuse d'un médecin actuel ;

2° La distension de la musculature propre de l'estomac, l'ancienne dilatation, rarement primitive dans les cas extrêmes, le plus souvent secondaire, consécutive à un obstacle pylorique ou duodénal ;

3° La distension des ligaments, cette dernière cause ayant été surtout mise en évidence par Glénard.

Aussi nous estimons que les causes des ptoses d'estomac sont multiples : les ligaments, la musculature gastrique, la paroi abdominale, peuvent être incriminés. Dans certains cas un seul de ces trois facteurs peut intervenir ; mais généralement les trois facteurs sont en jeu pour concourir à la chute de l'organe : l'insuffisance de la paroi abdominale entraînant l'allongement des ligaments, l'abaissement du bas-fond gastrique gênant l'évacuation de l'estomac, la musculature de cet organe se laisse distendre après une période de lutte relativement courte.

L'état de la paroi abdominale est facile à apprécier à l'examen radioscopique. Le sujet ayant ingéré le repas de bouillie opaque aux rayons X on note d'un trait le niveau inférieur de la poche gastrique, les muscles de l'abdomen étant relâchés ; on lui fait exécuter la manœuvre connue en radiologie sous le nom de manœuvre de Chilaiditti. Cette manœuvre consiste tout simplement à faire contracter la paroi abdominale, la bouche et les fosses nasales étant closes. C'est d'ailleurs cette manœuvre que désigne l'expression militaire de « rentrer le ventre » et c'est celle qu'exécute spontanément la femme qui met son corset. Sous l'influence de cette contraction abdominale on voit le bas-fond gastrique exécuter un mouvement d'ascension plus ou moins marqué suivant l'état de la paroi. C'est ainsi qu'un homme bien musclé fera remonter le bas-fond de l'estomac de plus de dix centimètres alors qu'une femme obèse à paroi déficiente après de nombreux accouchements, ou bien une femme maigre, à musculature insuffi-

sante ne provoquera par cette manœuvre, qu'une ascension insignifiante ou même nulle de son estomac. En marquant d'un nouveau trait le niveau du bas-fond gastrique au moment où le sujet contracte sa paroi abdominale on peut traduire en centimètres l'ascension de l'estomac.

APPRÉCIATION DE L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DE LA MUSCULATURE PROPRE DE L'ESTOMAC

Depuis quelques mois, chez tous les malades que nous avons eu à examiner au Laboratoire Central Radiologique de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, nous nous sommes attachés à mesurer directement l'élongation de l'estomac sous l'influence du poids des aliments ingérés ce qui correspond à la fatigabilité dont parle le Professeur Carnot en ces termes : « Les estomacs atones s'allongent proportionnellement au poids de bouillie barytée dont on les surcharge à la façon d'un dynamomètre à ressort. Ce qui caractérise l'atonie gastrique c'est avant tout un allongement trop considérable pour une petite surcharge. C'est aussi un étalement transversal précoce du bas-fond. » Souvent, lors des examens radiologiques on se contente de noter la hauteur du bas-fond gastrique par rapport aux crêtes iliaques (ligne bis-iliaque des radiologistes).

Cependant il est indubitable que la hauteur entre l'hémi-diaphragme gauche et la tangente au bord supérieur des crêtes iliaques varie considérablement, non seulement suivant l'âge et le sexe, mais encore dans des proportions très notables d'un sujet à l'autre suivant sa constitution. Un estomac descendant à un travers de main au-dessous de la ligne bis-iliaque peut être un estomac normal chez un sujet trapu alors que chez un sujet à thorax long et étroit il pourra indiquer une ptose notable de l'organe.

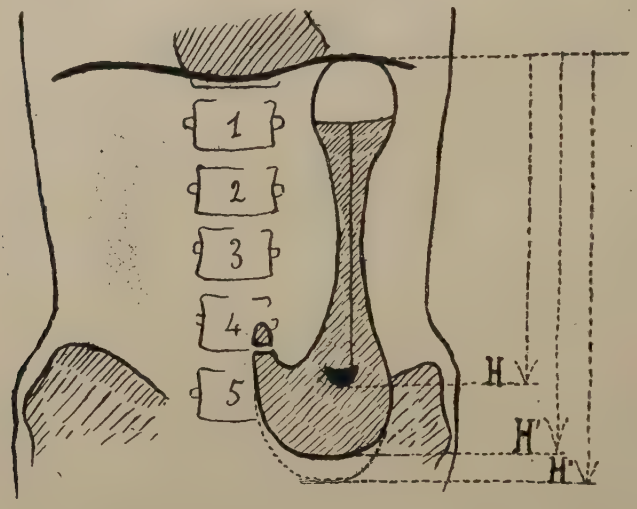
Pour mesurer ce que nous proposons d'appeler l'allongement dynamique du muscle gastrique, voici la méthode que nous avons employée.

Le sujet, placé derrière l'écran radioscopique absorbe une très petite quantité de baryte mesurée à l'avance, cinq centimètres cubes, par exemple.

On voit alors la bouchée opaque tomber dans le bas-fond gastrique plus ou moins rapidement, mais toujours très vite dans les cas d'atonie gastrique. Un trait est tracé sur l'écran en orthodiagraphie au niveau de l'hémi-diaphragme gauche, le sujet étant en expiration. La coupole diaphragmatique représente toujours le sommet de la poche à air surmontant la cavité gastrique. Nous n'avons jamais observé de décollement de la partie supérieure de la coupole gastrique avec l'hémidiaphragme gauche.

Une fois la petite quantité de baryte arrivée dans le bas-fond gastrique, ce qui dans les estomacs dilatés demande à peine quelques secondes un nouveau trait (H) tracé de la même façon indiquera la limite inférieure de la cavité gastrique.

En prenant soin que le malade ne se déplace pas au cours de l'examen, on lui fait ingérer une bouillie barytée d'environ 400 grammes ; un nouveau trait (H') indique le niveau auquel arrive le bas-fond gastrique sous l'in-



fluence du poids de ce repas représentant à peu près le volume et le poids d'un repas normal.

La différence entre H et H' mesurera donc l'allongement du muscle gastrique sous l'influence de la surcharge alimentaire.

Très souvent, au bout de quelques minutes, on note un nouvel abaissement du bas-fond de l'estomac, comme si la distension de la musculature gastrique sous le poids du liquide ingéré ne se faisait que lentement, l'estomac semblant lutter pendant quelques minutes avant d'arriver à son maximum de distension. Dans ce cas il suffit de marquer un nouveau trait (H'') au

niveau où arrive la limite inférieure de l'estomac. On aura ainsi la hauteur entre H et H'' qui représentera l'allongement total de l'organe.

Nous avons mesuré ainsi l'élongation du muscle gastrique dans une soixantaine de cas. Nous avons pu noter de cette façon que le bas-fond d'un estomac à tonicité normale s'abaissait seulement de 2 à 3 centimètres sous le poids de 400 grammes de bouillie barytée tandis que les estomacs hypotoniques s'abaissent de 5 à 8 centimètres dans les cas extrêmes. D'autre part nous avons pu constater, en mesurant la hauteur entre l'hémidiaphragme gauche et le bas-fond gastrique distendu par le poids de la baryte que la hauteur totale de l'estomac, qui normalement est de 15 à 20 centimètres pour les estomacs orthotoniques devient de 20 à 30 centimètres pour les estomacs hypotoniques pouvant même atteindre 35 centimètres dans les cas extrêmes d'estomac atoniques.

Cette même série de recherches nous a permis de constater encore que comparativement, deux estomacs, l'un d'une hauteur totale de 18 centimètres, l'autre de 25 centimètres, s'abaissant le premier de 4 centimètres l'autre de 6 centimètres sous le poids de la baryte ingérée descendaient tous deux à un travers de main au-dessous de la ligne bis-iliaque. Le rapport du bas-fond gastrique avec les crêtes iliaques ne nous semble donc pas avoir une valeur absolue.

APPRÉCIATION DE LA DISTENSION LIGAMENTAIRE

Nous avons également cherché à préciser dans quelle mesure l'allongement des ligaments peut être incriminé dans la ptose de l'estomac. Lorsque, après ingestion d'une très petite quantité de baryte, on voit la poche gastrique située très bas et que l'ingestion de tout le repas opaque n'allonge pas sensiblement le bas-fond de l'estomac, en d'autres termes, lorsque la hauteur totale de l'organe sous l'influence d'une petite quantité de baryte est déjà plus considérable que la moyenne, la différence entre H et H' étant au contraire très faible, on doit dans ce cas incriminer surtout la distension ligamentaire.

En ce cas la situation du duodénum joue un rôle important. C'est ainsi que dans les cas où le duodénum est également ptosé on doit surtout incriminer l'élongation des ligaments ; lorsqu'au contraire il a gardé ses rapports normaux, se projetant par conséquent au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, on doit surtout penser à la déficience de la sangle abdominale et de la musculature gastrique.

Pour apprécier la chute de la première portion du duodénum ou bulbe duodénal nous avons été amenés à rechercher ses rapports anatomiques avec le rachis. Pour les anatomistes, qui ne voient la position des organes que sur le sujet couché le bulbe duodénal se projette sur la première lombaire. Mais sur le sujet examiné debout à

l'écran radioscopique cette position du duodénum se projette le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'un estomac de tonicité normale en face de la troisième lombaire. Ce n'est que dans les cas d'estomacs très hypersténiques que l'on peut voir la première portion du duodénum en face de la deuxième lombaire. Il est d'ailleurs à remarquer que si dans un certain nombre de cas de gastroptose très accentuées le bulbe duodénal arrive à se projetter au niveau de la cinquième lombaire et même des premières sacrées, au contraire, s'il s'agit d'une hypersténie même très considérable de l'estomac, la première portion du duodénum reste sensiblement fixe.

Il est bien évident que chez un sujet présentant une ptose d'estomac, on ne trouve jamais séparément un des trois facteurs que nous venons de passer en revue : dans tous les cas l'insuffisance de la paroi abdominale, l'hypotonicité de la musculature gastrique et la distension ligamentaire interviennent pour réaliser le tableau de la gastroptose. Il est cependant intéressant, au point de vue thérapeutique, de préciser quel est celui de ces trois facteurs qui joue le rôle prédominant dans un cas donné de ptose d'estomac.

En réalité, on trouve, au point de vue clinique et par le contrôle radioscopique, deux types nettement tranchés de ptosiques : le ptosique gras, le plus souvent une femme âgée ayant eu plusieurs accouchements ou des interventions chirurgicales sur l'abdomen et chez qui la ptose est déterminée au début par la déficience et l'affaiblissement de la musculature abdominale : le second type est réalisé par un sujet mince, femme maigre, souvent après hysterectomie, chez qui les ligaments suspenseurs

des organes abdominaux ont subi un allongement considérable, la dynamique de l'abdomen étant modifiée.

Quant à l'hypotonie et à l'atonie de la musculature elle n'est généralement que secondaire. L'estomac abaissé par l'allongement des ligaments ou l'insuffisance de la paroi abdominale étant obligé pour procéder à l'évacuation de son contenu de fournir un travail plus considérable que normalement, finit par se laisser distendre après une période de lutte plus ou moins grande, le mécanisme de cette distension étant une loi générale en pathologie ; on voit, par exemple, dans les cas de sténose complète du pylore, se réaliser une véritable « asystolie gastrique », le bas fond de l'estomac s'étalant en une large cuvette dénuée de toute contractibilité.

Observation I

Madame B... 27 ans.

Avant l'ingestion, poche à air de volume normal. On fait ingérer à la malade 5 centimètres cube de baryte. La hauteur entre l'hémidiaphragme gauche et le niveau auquel arrive la baryte est de 22 centimètres .L'ingestion de 400 grammes de bouillie opaque provoque un abaissement très notable du bas-fond gastrique ainsi qu'un étirement de la portion verticale de l'estomac.

La mesure de la hauteur totale de l'estomac après l'ingestion de la baryte est alors de 32 centimètres. Au bout de quelques instants on note des contractions de tonicité et de propagation normales et l'on voit s'injecter le bulbe duodénal qui se projette en face de la cinquième lombaire. A la manœuvre de Chilaïditti

(contraction volontaire de la paroi abdominale) le bas-fond gastrique remonte de façon insignifiante, à peine un demi-centimètre.

Interprétation de l'Examen Radiologique

Dans ce cas il semble que l'on puisse incriminer également les trois facteurs : déficience de la musculature abdominale ; élongation des ligaments et hypotonicité de la musculature de l'estomac.

Observation II

Madame G..., 45 ans ; embompoint marqué ; trois enfants.

Estomac forme en J ; remplissage tonique. La différence entre H et H' (voir page 18) est de 5 centimètres. La partie moyenne de l'estomac est étirée, donnant l'aspect de « fausse biloculation par ptose ». Quelques minutes après l'ingestion, on note des contractions très vives. Après une série de contractions infructueuses, on voit s'injecter le bulbe duodénal ; qui apparaît fixé très haut par rapport au bas fond gastrique. Il se projette au niveau de la troisième vertèbre lombaire. La contraction volontaire de la paroi abdominale ne provoque aucune ascension du bas-fond gastrique. Evacuation de l'estomac dans les délais normaux.

Interprétation de l'examen radiologique. — Dans ce cas la ptose de l'estomac est surtout fonction de l'insuffisance de la paroi abdominale, l'élongation des ligaments ne semble pas être très importante puisque d'une part

le duodénum n'a pas subi la descente de l'estomac et que, d'autre part, la surcharge alimentaire n'abaisse pas très sensiblement le bas-fond gastrique.

Observation III

M. R..., 20 ans.

Sujet bien musclé, estomac, remplissage très hypotonique. La petite quantité de baryte ingérée au début de l'examen descend à trois travers de doigt au-dessous de la ligne bis-iliaque, la hauteur de l'estomac étant, dans ce cas, de 24 centimètres. L'ingestion d'une nouvelle quantité de baryte abaisse très notablement le bas-fond gastrique la hauteur étant alors de 32 centimètres. Contractions très vives de l'estomac naissant plus haut que normalement sur la grande courbure. Le bulbe duodénal se projette au niveau de l'interligne de la 4e et de la 5e lombaire. La contraction de la paroi abdominale provoque une ascension très notable qui remonte de 6 centimètres. L'évacuation de l'estomac se fait dans les délais normaux.

Interprétation radiologique. — Dans ce cas, l'insuffisance de la paroi abdominale ne peut pas être mise en cause le sujet étant bien musclé et la contraction volontaire provoquant une ascension de 6 centimètres du bas-fond gastrique. Seuls les ligaments doivent être incriminés.

CONCLUSIONS

1° L'examen radiologique permet de déterminer la part des différents facteurs qui concourent à réaliser le tableau de la gastroptose.

2° Ces facteurs sont au nombre de trois :

La déficience de la paroi abdominale ;

La perte de la tonicité de la musculature propre de l'estomac.

L'allongement des ligaments suspenseurs de l'estomac.

3° On peut se rendre compte de la déficience de la paroi abdominale en mesurant l'ascension effectuée par l'estomac sous l'influence de la contraction volontaire de la paroi abdominale.

4° L'allongement dynamique du muscle gastrique est mesuré directement en évaluant en centimètres l'abaissement du bas-fond gastrique sous l'influence du poids des aliments ingérés.

5° L'allongement des ligaments suspenseurs de l'estomac est évalué :

a) en tenant compte de l'existence ou non de la ptose des organes habituellement fixes comme la première partie du duodénum.

b) par l'élongation totale de l'estomac dans les cas où la surcharge alimentaire n'abaisse pas sensiblement le bas-fond gastrique.

6° Les trois facteurs se trouvent habituellement réunis pour réaliser le tableau radiologique de la gastroptose.

7° On peut opposer deux types fréquemment rencontrés, de ptosiques : Les ptosiques gras chez qui l'insuffisance de la paroi abdominale prédomine ; et les ptosiques maigres chez qui la distension ligamentaire doit surtout être incriminée. Dans ces deux cas, l'atonie de la musculature gastrique se trouve réalisée, secondairement.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président de la Thèse
GILBERT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de la ptose d'estomac étant considérable, nous ne citons que les auteurs nommés au cours de cette thèse.

Carnot. — La Clino digestion vespérale dans le régime des ptoses. Paris Médical 5 Avril 1924 page 323.

Colaneri. — Thèse. Paris 1919.

Chauvois. — Les dessanglés du ventre. Maloine, éditeur.

Glénard. — Les ptoses viscérales. Masson, éditeur.

Leven. — Diagnostic radiologique de la ptose gastrique. Presse médicale 1906. N° 74.

Lucy. — Diagnostic radiologique des ptoses viscérales. Les moyens de déterminer leurs causes. Revue médicale Octobre 1924. N° 925.

Pour la bibliographie complète de la question, nous renvoyons à la thèse de Colaneri.